146

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDÉCINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

David ZWIRN

Né le 12 Novembre 1883, à Craïova (Roumanie).

De la Vaso-Vésiculectomie

par

La Voie Coccy-Périnéale

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE

PARIS, ORLÉANS, NIMES ET MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Deux nouvelles observations inédites de vaso-vésiculectomie par la voie coccy-périnéale nous fournissent l'occasion d'apporter une contribution clinique à l'étude de la voie d'accès coccy-périnéale, que nous avons exposée en collaboration avec mes amis les docteurs Jean Fiolle, professeur suppléant, chirurgien des hôpitaux, et Paul Fiolle, de Marseille, dans le Lyon chirurgical du mois de mai 1911.

Il nous semble, que la grande facilité de pratiquer la vaso-vésiculectomie par la voie coccy-périnéale ne peut manquer d'élargir dans de grandes proportions le cadre des indications de cette opération. En effet, les grosses difficultés, auxquelles on se heurtait pour enlever les vésicules séminales par les procédés connus ont empêché un grand nombre de chirurgiens de pratiquer cette opération là, où elle aurait été très utile.

Bon nombre de vaso-vésiculectomies pratiquées jusqu'ici ont été des opérations de nécessité. Les techniques suivies étaient compliquées, les opérations graves. Avec note technique l'opération devient facile à exécuter, et, nous osons le dire, une opération sans gravité, car comme on le verra plus loin, les malades qui l'ont subie, l'ont supportée avec la même facilité qu'ils auraient supporté une intervention de chirurgie courante.

D'un autre côté, l'extirpation des vésicules a été totale et complète ; fait à considérer, car nous ne connaissons pas d'observation antérieure où la vésiculectomie ait été vraiment totale.

Il est évident que nos deux observations, qui ont trait à des tuberculoses génitales n'ont pas donné tous les résultats qu'on pouvait en espérer. Dans un premier cas il a persisté une fistule urinaire, laquelle nous sommes persuadé guérirait facilement avec une sonde à demeure. Mais le malade est sorti de l'hôpital trop tôt, et néglige une fistule, qui pour être gênante ne l'empêche pas de travailler. Dans la seconde observation l'opération s'écarte un peu de la technique que nous proposons dans ce sens, qu'elle a été pratiquée en plusieurs temps. Une fistule tuberculeuse persiste encore. Nous sommes persuadé qu'en appliquant d'emblée et rigoureusement la technique que nous décrirons au cours de cette étude, on obtiendra des résultats très satisfaisants.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les premières vaso-vésiculectomies qu'on a pratiqué ont été des *opérations de nécessité*. La technique employée pour ces opérations a été différente suivant les auteurs. Nous exposerons plus loin les procédés opératoires appliqués avant nous à la vaso-vésiculectomie. D'ores et déjà nous pouvons affirmer que ces opérations ont été laborieuses, difficiles et peu pratiques. C'est à cause de cela, d'ailleurs que les indications de la vaso-vésiculectomie ont été très restreintes.

Ullmann pratiqua en 1889 la première vésiculectomie. Il avait châtré quelques jours auparavant un malade pour tuberculose génitale. Mais la vésicule du même côté continue à grossir et menace de s'abcéder. Ullmann eut donc la main forcée et pratiqua une opération de nécessité.

Routier en 1898 pratiqua une vésiculectomie pour retrécissement du rectum consécutif à une tuberculose des vésicules séminales ayant enserré le rectum dans

une gangue sténosantes Marion pour une hémorragie de la vésicule séminale. Nous voyons donc, que dans la grande majorité des cas c'est pour tuberculose génitale, qu'on a pratiqué des vaso-vésiculectomies.

En effet, à côté des indications rares, c'est surtout pour la tuberculose, qu'on aura à faire l'ablation des vésicules séminales.

Les indications rares sont :

1° Perivésiculite consecutive à une vésiculite chronique inflammatoire et déterminant des troubles des organes voisins.

2° Lithiase de la vésicule séminale.

3° Hémorragie idiopathique de la vésicule.

4° Néoplasme de la vésicule.

Les indications fréquentes sont fournies par la tuberculose génitale.

Roux, de Lausanne, en 1890, fut le premier à faire l'ablation de la vésicule seminale et du canal déférent après castration du même côté afin d'empêcher la récidive dans le moignon funiculaire et prévenir l'infection tuberculeuse de l'autre testicule.

D'autres chirurgiens suivirent son exemple, mais leur nombre est très petit, car si la castration simple est une opération bénigne est facile, la vésiculectomie devenait une intervention autrement grave et difficile. Avec notre technique, gravité et difficulté opératoires devenant infiniment moindres, nous pouvons envisager comme étant susceptible de la vaso-vésiculectomie nombre de cas ou la gravité de l'opération était une contrindication.

Nous considérerons les cas suivants :

A) Tuberculose de tous les segments de l'appareil génital ; testicule épidydime, canal déférent et vésicule.

Il est certain que lorsque la tuberculose a envahi toute la voie genitale il n'y a qu'un seul traitement rationnel ; c'est son ablation complète. On commencera par une castration et on continuera dans la même séance par l'ablation du canal déférent et des vésicules séminales. Si les testicules ne sont pas complètement détruits et si l'on peut conserver un espoir de guérison par traitement local on se contentera de l'épidydimectomie suivie de vaso-vésiculectomie.

L'opération tel que nous l'indiquons donnera de très bons résultats lorsqu'il s'agira d'une tuberculose unilatérale, car tout en conservant l'autre testicule et vésicule séminale, on les met à l'abri de l'infection tuberculeuse.

Se contenter dans les cas de tuberculose génitale ayant envahi le canal déférent et la vésicule séminale de l'espoir d'une guérison spontanée de ces tronçons génitaux après simple castration, c'est courir les dangers d'une extension du processus tuberculeux à l'autre testicule, s'il n'est pas encore pris, à la fistulisation du moignon funiculaire et à la continuation du processus tuberculeux dans les segments déjà envahis. Il est certain qu'il existe bon nombre d'observations, où la guérison tout au moins apparente, du canal déférent et de la vésicule séminale tuberculisée a été obtenue par la simple castration. Mais combien grand est le nombre

des cas, où la tuberculose a continué sa marche, sans que la castration simple ait pu l'empêcher, ni retarder ! Et puis, sur quels signes peut-on se baser pour prévoir les cas, où la castration seule est suffisante et ceux dans lesquelles une opération complète s'impose ? Dans ces conditions il nous semble logique d'enlever la vésicule séminale et le canal déférent en même temps qu'on enlève le testicule, ou l'épidydime seulement, lorsque la tuberculose a envahi tous ces segments de l'appareil génital.

Si le processus tuberculeux a envahi les deux testicules et les deux vésicules séminales, on fera tous ses efforts pour conserver au moins une glande et on enlèvera les deux canaux déférents et les deux vésicules séminales.

B) Tuberculose limitée cliniquement au testicule, épidydime, et canal déférent.

Dans les cas où cliniquement la vésicule seminale paraît indemne, mais où le testicule et le canal déférent sont manifestement envahis il nous semble que c'est encore à l'opération complète qu'il faut s'adresser. Car on sait combien il est difficile d'affirmer si une vésicule séminale est tuberculeuse ou non lorsque testicule et canal déférent du même côté le sont. Et alors même qu'au toucher rectal on trouve une vésicule petite et régulière, elle peut être le siège d'une tuberculose au début ou même caséeuse. Le doigt est souvent incapable de nous renseigner sur l'état réel d'une vésicule séminale. Or comme il y a beaucoup de chances que la vé-

sicule séminale soit malade lorsque le déférent l'est manifestement, il nous semble très prudent de débarrasser l'organisme d'un foyer tuberculeux, peut-être minime, mais dont on ne peut prévoir l'évolution ultérieure. Ce n'est qu'à cette condition là, qu'on obtiendra une guérison durable.

Si la tuberculose intéresse les deux testicules et canaux déférents on se comportera comme dans les cas de tuberculose totale ; on fera tous ses efforts pour conserver une glande au moins.

C) Tuberculose limitée aux vésicules séminales avec intégrité des testicules et des canaux déférent. Ces cas sont évidemment très rares. C'est un toucher rectal fortuit, qui les fait découvrir, ou bien certains symptômes vésicaux sous la dépendance des vésicules séminales. Il n'y a aucun doute à avoir sur la conduite à tenir en présence de ces cas. C'est à la vaso-vésiculectomie seule, qu'on s'adressera. On aura soin de poursuivre aussi loin que possible l'excision du canal déférent et on se tiendra toujours prêt à pratiquer la castration si le testicule se prenait à son tour après le première opération, à moins qu'un traitement local et général arrive à arrêter le processus pathologique.

D) Tuberculose limitée au testicule et épidydime. On peut se contenter dans ces cas de la castration ou de l'épidydimectomie simple.

En résumé, la vaso-vésiculectomie trouve de nombreuses indications dans la tuberculose génitale.

La vaso-vésiculectomie s'impose comme un traitement de nécessité dans les cas suivants :

α Fistules urinaires entretenues par des lésions tuberculeuses ou non de la vésicule.

β Troubles urinaires sérieux dus à une vésiculite ouverte dans la vessie, prostate ou urètre, mais sans tuberculose urinaire proprement dite.

CONTRE-INDICATIONS DE LA VASO-VÉSICULECTOMIE

Nous avons vu, que la grande majorité des cas où la vaso-vésiculectomie est le traitement de choix est formée par la tuberculose génitale. Les autres cas sont rares.

L'opération est pourtant contre-indiquée lorsqu'il s'agit de lésions néoplasiques très étendues. Dans la tuberculose génitale l'opération trouve ses contre-indications dans les cas suivants :

1° Cystite tuberculeuse ; surtout si cette cystite accompagne une tuberculose rénale.

Si la cystite est sous la dépendance d'une vésiculite tuberculeuse, il faudra améliorer d'abord la cystite et pratiquer ensuite la vésiculectomie.

2° La tuberculose pulmonaire avancée.

3° Les autres tuberculoses ne contre-indiquent pas formellement la vaso-vésiculectomie, mais il est certain qu'elles assombrissent particulièrement le pronostic. L'opération peut-être dans ces cas le point de départ

d'une pullulation des bacilles de Koch dans les autres foyers ou bien provoquer une poussée de granulie ou de méningite.

4° Le mauvais état général du malade lorsqu'il est sous la dépendance de la tuberculose génitale uniquement, que cette tuberculose soit ouverte, fistulisée ou non, est loin d'être une contre-indication. Après l'opération on verra l'état général se modifier rapidement. Mais si le mauvais état général est dû à d'autres causes, l'opération ne fera que hâter la fin. Donc contre-indication formelle.

MÉTHODES OPÉRATOIRES

Trois méthodes opératoires ont été employées pour pratiquer la vaso-vésiculectomie : périnéale, inguinale (de Villeneuve) et postérieure (sacrée ou parasacrée).

Nous ne ferons qu'énumérer les différents procédés issus de ces méthodes et nous exposerons à la fin la méthode par la voie coccy-périnéale.

A. — Méthode périnéale

C'est la première en date. Ullmann d'abord, Roux, de Lausanne ensuite, ont abordé les vésicules sémina-

les en passant à travers le périnée. Ullmann fait une incision curviligne, dont la concavité embrasse l'anus et dont les extrémités atteignent les tubérosités ischiatiques. Il passe ensuite à travers les releveurs de l'anus et arrive dans l'espace prérectal. Il faut décoller le rectum pour atteindre les vésicules. La chose n'est pas facile, car la périvésiculite a transformé le tissu décollable prérectal en un tissu induré, difficilement dissociable. Roux fait une incision longitudinale au-devant de l'anus, contourne ensuite l'anus en passant entre lui et l'ischion.

Baudet et Kendirdjy font une incision en y renversé ; linéaire au-devant de l'anus, elle s'écarte de chaque côté de l'anus en passant à égale distance de cet orifice et de la tubérosité ischiatique. Le reste de l'opération se fait comme dans le procédé d'Ullmann.

On reproche à tous ces procédés d'obliger à travailler dans un espace très profond et de ne pouvoir poursuivre au loin la dissection du canal déférent. Pour ces deux raisons capitales, l'opération devient laborieuse, difficile, et on ne peut que très rarement faire une bonne ablation des vésicules par cette méthode.

B. — **Méthode inguinale**

La méthode inguinale a été pratiquée pour la première fois par Villeneuve (de Marseille en) 1891. Elle a

été ensuite étudiée au point de vue expérimental par son élève Platon et par la princesse Guédroytz de Béloséroff. Il n'y a qu'à lire les résultats de ces expériences pour se rendre compte combien il est difficile d'enlever les vésicules séminales en les abordant par le canal inguinal.

Malgré les modifications apportées à la méthode de Villeneuve par les procédés de Legueu et le procédé de Baudet-Duval, la méthode inguinale reste une opération extrêmement difficile à appliquer et trop souvent incomplète.

C. — **Méthode postérieure**

Aborder les vésicules séminales par leur face postérieure est certainement la meilleure méthode pour les enlever. C'est en s'inspirant de cette idée que Schede et Routier ont employé l'opération de Kraske pour pratiquer la vaso-vésiculectomie. Les délabrements, qu'on est obligé de faire pendant l'opération sont énormes. Nous faisons le même reproche à la méthode para-sacrée.

VASO-VÉSICULECTOMIE PAR LA VOIE COCCY-PÉRINÉALE

Quoique notre travail n'a pour objet que la vaso-vésiculectomie, nous exposerons la technique, que nous employons lorsqu'il s'agit d'une opération complète pour tuberculose génitale, c'est-à-dire castration suivie d'ablation des vésicules séminales, les deux temps de l'opération se faisant dans la même séance.

I. — Soins préliminaires

Le malade est purgé la veille, ou l'avant-veille de l'opération. Le jour de l'opération on lui fait prendre de l'extrait thébaïque. On continuera les jours suivants l'administration de l'opium afin d'empêcher une selle intempestive, qui viendrait souiller la plaie opératoire avant un commencement de cicatrisation. Cette cicatrisation est d'ailleurs obtenue très rapidement.

II. — Opération

L'opération comprend deux phases : A. Castration et B. vésiculectomie proprement dite.

A. — Castration

Le malade est couché sur le dos. Asepsie de la peau comme d'habitude.

a) *Incision de la peau.* — La peau est incisée d'abord au niveau du canal inguinal afin de découvrir le cordon à ce niveau. Elle sera ensuite prolongée en bas, vers les bourses, suivant les nécessités de l'opération.

b) *Section du canal déférent.* — Lorsque le cordon est découvert, on incise son enveloppe fibreuse et on va à la recherche du canal déférent. Quant on l'a trouvé, on le saisit entre le pouce et l'index et on le tire aussi loin que possible hors du canal inguinal, on place deux ligatures et on le sectionne au thermocautère. La ligature du segment vésiculaire du canal déférent nous servira comme point de repère lors de l'ablation de la vésicule avec la portion du canal déférent qui lui fait suite. Lorsqu'on arrivera sur cette ligature tout le canal déférent aura été enlevé.

c) *Ablation du testicule ou de l'épidydime seulement.* — Lorsque le canal déférent a été sectionné, on pour-

suit la dissection de sa portion testiculaire jusqu'à ce, qu'on arrive sur la glande. C'est pendant ce temps opératoire, qu'on prolonge l'incision cutanée vers les bourses sur une longueur exigée par cette dissection. Quand on est arrivé sur le testicule on pratique suivant les cas, ou bien une ablation totale de la glande, ou bien on se contente d'une épididymectomie simple suivie de curettage de la glande. Si on pratique la castration on fermera la plaie sans drainage. En cas d'épididymectomie on drainera.

Nous insistons sur la nécessité qu'il y a d'enlever le canal déférent et l'épididyme de haut en bas et non pas de bas en haut. En commençant son ablation par là, on évite d'infecter la région inguinale avec des produits tuberculeux, qui pourraient se détacher du testicule et de l'épididyme pendant les manœuvres de dissection du canal déférent si on commençait son ablation en partant du testicule.

Evidemment, si les deux testicules sont malades, on fera une ablation double.

B. — Vésiculectomie proprement dite

a) *Position du malade.* — Le malade est couché sur le côté droit, la cuisse droite en extension et la cuisse gauche en flexion sur le bassin. Pour mieux faire saillir la région sur laquelle va porter l'opération

il est bon de passer sous la hanche droite du malade un billot ou un drap roulé. Asepsie de la région par les moyens habituels.

b) *Incision cutanée.* — Pour tracer l'incision cutanée on prendra comme points de repère, d'un côté la tubérosité de l'ischion gauche et de l'autre côté l'interligne de l'articulation sacro-coccygienne. L'incision part de la tubérosité ischiatique gauche se dirige en haut et en arrière et, par un trajet curviligne à concavité dirigée en bas et en arrière passe à quelques millimètres au-dessus de l'interligne de l'articulation sacro-coccygienne et s'arrête à deux centimètres-environ du bord droit de l'articulation sacro-coccygienne.

Fig. 1. — *Position du malade et tracé de l'incision pour la vaso-vésiculectomie coccy-périnéale.* — L'index droit montre l'ischion) l'index gauche désigne la partie inférieure du sacrum.

c) L'incision de l'aponévrose et du muscle grand fessier gauche suit le même trajet que celui de la peau. On ne coupe d'ailleurs que quelques fibres inférieures de ce muscle. On incise ensuite les fibres du muscle ischio-coccygien et du releveur de l'anus, qu'on trouve au-dessous. Pour rabattre le volet ainsi délimité, il faut désarticuler le coccyx. L'index gauche appuyant sur sa pointe fait saillir la base du coccyx et reconnaître l'interligne de l'articulation sacro-coccygienne. Avec la pointe du bistouri on coupe le ligament postérieur, ensuite les ligaments latéraux et antérieur. Pendant la désarticulation du coccyx il arrive de sectionner les artères latérales et d'être obligé à les pincer. L'hémorragie est d'ailleurs sans importance. Lorsque le coccyx est désarticulé on prolonge l'incision des parties molles jusqu'à deux centimètres environ du bord droit de l'articulation sacro-coccygiennne. Nous avons maintenant sous les yeux l'aponévrose périnéale profonde, qui se représente sous l'aspect d'une membrane sunie. On la pince pour faire un pli, et on pratique une petite boutonnière. Guidé par le doigt introduit dans cette boutonnière, on poursuit sa section jusqu'aux extrémités de l'incision cutanée. On rabat en bas le volet ainsi délimité et on commence.

a) *Le décollement du rectum.* — Le rectum situé à droite de la ligne médiane est facilement reconnaissable à son aspect bleuté. Normalement il est entouré d'un tissu lâche et facilement décollable. Il en est pas de même dans la tuberculose de la vésicule séminale. La

périvésiculture qui accompagne toujours la vésiculite transforme cette atmosphère celluleuse périrectale en un tissu dense, résistant au doigt et sans qu'il y ait des adhérences véritables, le décollement et l'écartement du rectum peut-être laborieux et constitue souvent le temps de l'opération le plus difficile à exécuter.

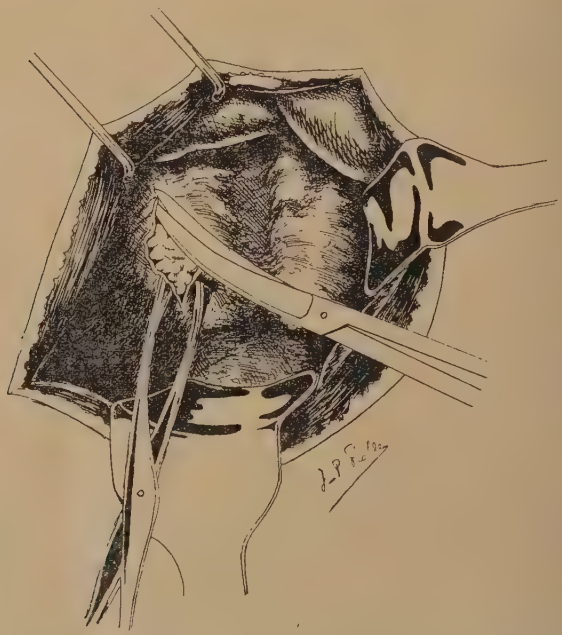

Fig. 2. — *Vaso-vésiculectomie coccy-périnéale.* — La saillie formée par la vésicule séminale gauche recouverte du feuillet postérieur de sa loge est saisi avec une pince de Museux et soulevée en arrière. La loge est incisée. On voit apparaître la vésicule.

c) *Découverte des vésicules séminales.* — Lorsque le rectum a été confié à l'écarteur, qui le recline en bas nous avons devant nous les vésicules séminales appliquées à la face postérieure de la vessie. Elles ne sont

pas reconnaissables facilement à la vue. En effet, la couleur rougeâtre de la périvésiculite se confond avec celle de la vessie et pour trouver les vésicules séminales il est indispensable de les reconnaître au toucher. Le doigt sent une masse dure, bosselée, irrégulière, par place ramollie. Au-dessous de cette masse on en trouve une autre, celle-là lisse et unie ; c'est le prostate.

f) *Ablation de la vésicule séminale et de son canal déférent.* — Sur la masse dure et bosselée on fait une incision longitudinale de un centimètre. Aussitôt on voit apparaître une masse blanchâtre, d'aspect carac-

Fig. 3. — *Vaso-vésiculectomie coccy-périnéale.* La vésicule et l'ampoule déférentielle disséquées et séparées de la loge en arrière et de la vessie en avant sont soulevées par une pince de Museux. Le canal éjaculateur est sectionné avec des ciseaux courbes.

téristique ; c'est la vésicule séminale. Avec deux pinces de Kocher on repère les lèvres de la capsule vesiculaire qu'on vient d'inciser. On prolonge l'incision de la capsule en haut et en bas et avec les ciseaux courbe et mousse introduits sous la capsule on pratique l'énucléation de la vésicule séminale(fig. 2). On libère d'abord le pôle supérieur de la vésicule, qu'on fait basculer jusqu'à ce qu'on arrive sur la prostate. On sépare aux ciseaux la prostate et procédant maintenant de bas en haut on poursuit la dissection du canal déférent qui fait suite à

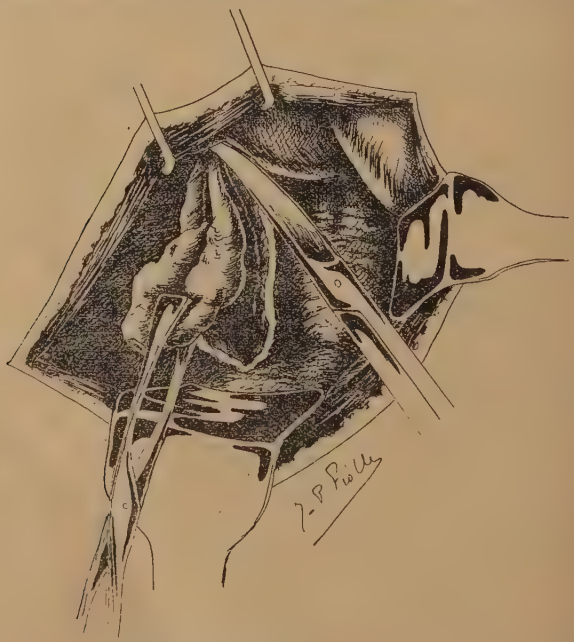

Fig. 4. — *Vaso-vésiculectomie coccy-périnéale.* — La vésicule et l'ampoule déférentielle sont disséquées et séparées de la prostate par section du canal éjaculateur. Elles sont saisies par une pince de Museux qui les fixe pendant qu'une paire de ciseaux courbes va poursuivre le décollement sous péritonéal du canal déférent.

la vésicule (Fig.4) jusqu'à ce qu'on arrive sur la ligature, qu'on a posé sur ce conduit lors de sa séction au niveau du canal inguinal lorsqu'on arrive sur ce point de repère on est sûr d'avoir pratiqué l'ablation complète du canal déférent.

Si les deux vésicules séminales sont malades, on pratique l'ablation de l'autre vésicule de la même façon que la première. On reconnaît d'abord au doigt sa situation, laquelle est facile à trouver après l'ablation de la première, et on en pratique l'énucléation comme il a été dit plus haut.

g.) *Fermeture de la plaie, drainage.* — Quand l'opération est terminée il faut avant de fermer la plaie opératoire placer un gros drain derrière la vessie afin de permettre l'issue de la sérosité qui ne manque jamais de se produire au milieu des tissus, que le doigt a été obligé dilacérer.

On reconstitue ensuite le périnée en procédant à la suture plan par plan des tissus sectionnés. On remet le coccyx en présence du sacrum. Quelques crins de Florence affrontent la peau. Le drain est raccourci les jours suivants et finalement supprimé. Il ne faut jamais oublier de mettre, à la fin de l'opération une sonde vésicale à demeure pour les deux raisons suivantes. D'abord, pour éviter la cystalgie et la retention d'urine par paralysie vésicale transitoire, comme il arrive souvent toutes les fois, qu'on opère autour de la vessie. Et deuxièmement pour empêcher l'urine de passer dans la plaie opé-

ratoire pendant la miction en empruntant la voie des canaux éjaculateurs, qui ont été sectionnés au ras de la prostate. On enlèvera la sonde à demeure 6-7 jours après l'opération, quand les canaux éjaculateurs seront déjà fermés. On évite ainsi la formation d'une fistule urinaire.

OBSERVATION I

Jérôme P... 57 ans, journalier. Entre salle Cauvière, n° 9, Service du Prof. Imbert, remplacé par le Dr Fiolle, le 10 septembre 1911.

Aucun antécédents héréditaire et personnel intéressant à noter sinon une blennorragie aiguë, il y a cinq ans, blennorragie, qui aurait duré, au dire du malade, à l'état chronique pendant trois ans.

Il y a un peu plus d'un an le malade ressent des douleurs vagues au niveau du testicule gauche, lequel est gros. Au mois de mars 1911 un abcès formé au niveau de ce testicule s'ouvre spontanément et se fistulise. Au mois de juillet 1911, à l'Hopital de la Conception, on pratique la castration de ce testicule. Cinquante jours après cette opération le malade ressent des douleurs dans dans le testicule droit, qui en même temps, augmente de volume.

Etat actuel. — Etat général très bon. Aucune trace de bacillose pulmonaire ni urinaire. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

Le testicule gauche est absent.

Sur l'épidydime du côté droit il sent des nodosités, légèrement douloureuse, à la pression. Une de ces nodosités à la grosseur

d'une noisette et semble ramollie. La vaginale contient un léger épanchement transparent.

Au toucher rectal on sent une prostate grosse molle. Au dessus de la prostate on sent les deux vésicules séminales, très grosses et indurées par place. On n'arrive pas à toucher la limite supérieure des vésicules séminales.

Opération. — 16 septembre 1911. — *1re partie.* — Malade couché en décubitus dorsale. Incision du scrotum du côté droit et découverte du cordon et du testicule, On constate que la glande génitale est saine. L'épidydime est gros induré et contient un abcès. Il est resequé et séparé du testicule tout en lui conservant sa contuinuité avec le canal déférent.

En prolongeant en haut l'incision cutanée on découvre le canal inguinal. On poursuit la dissection du canal déférent aussi haut qu'on le peut et on le sectionne au thermo-cautère entre deux ligatures. Une de ces ligatures, la profonde, servira de point de repère au moment où se fera l'ablation de la vésicule séminale avec le restant du canal déférent par la voie coccy-périnéale. — On enlève ainsi par la voie inguinale environ 20 cm. de canal déférent avec l'épidydime. Après hémostase soignée et drainage, l'incision cutanée est fermée aux crins de Florence.

Le malade est ensuite couché sur le flanc droit jambe droite en extension, jambe et cuisse gauche en flexion, on procède à la 2me *partie* de l'opération. La région perinéo-anale est désinfectée à la teinture d'iode. Tracé de l'incision cutanée partant de l'ischion gauche se dirigeant en haut et en dedans vers l'articulation sacro-coccygienne et s'arrêtant à deux centimètres du côté droit, de cette articulation. Incision rapide des tissus mous sous-jacents et désarticulation de l'articulation saro-coccygienne. Le coccyx est rabattu en bas avec le lambeau inférieur. Les deux artères sacrées latérales, qui saignent assez abondamment sont prises avec des pinces de Kocher.

Ceci fait on incise dans l'angle gauche de la plaie l'aponévrose périnéale profonde et on va à la recherche du rectum qui est facilement reconnaissable. Le rectum sans être adhérent est entouré de toutes parts, par un tissu cellulaire dense et assez résistant ; ce qui rend sa libération et sa mobilisation un peu laborieuses. On y arrive pourtant rapidement et une fois confié à l'écarteur on a devant soi la coque rouge et résistante que forme la périvésiculité. Au doigt on s'assure bien que ce n'est pas la vessie. Cette exploration faite on incise la coque au bistouri et on voit alors apparaître la vésicule séminale gauche blanche, d'un aspect caractéristique. Avec deux pinces on repère les lèvres de l'incision de la coque périvésiculaire et on procède à la dissection et l'énucléation de la vésicule séminale à l'aide d'un ciseau mousse et courbe servant de spatule. Le pôle supérieur de la vésicule détaché est basculé en bas. On poursuit la dissection de la vésicule jusqu'à la prostate. Là, elle est sectionnée au ciseau, relevée en haut avec son canal déférent dont on poursuit la dissection aussi loin qu'on peut. Il n'est pas possible d'affirmer que tout le canal déférent du côté gauche ait été enlevé parce que nous ne savons pas à quel endroit il a été sectionné lors de la première intervention.

La vésicule séminale du côté droit reconnue au toucher est enlevé facilement de la même manière que celle du côté gauche. De ce côté le canal déférent est enlevé en entier, car au bout de la portion du canal tenant à la vésicule on retrouve le catgut, point de repère, qu'on avait posé lors de la section de ce conduit par le canal inguinal. Après ablation des deux vésicules, la plaie saigne très peu, en nappe. Un peu de compression a vite raison de l'hémorragie, on place au fond de la plaie deux mèches et un drain. Sutures de la peau au crins de Florence. Pansement ordinaire. Sonde vésicale à demeure. L'opération a duré une heure cinq minutes exactement. Anesthésie au chloroforme.

18 septembre, — On enlève les mèches et on laisse le drain.

Un suintement séro-sanguinolent assez abondant se fait par le drain. La sonde à demeure a été retirée pendant la nuit par le malade. On la replace.

1 : Vésicule gauche — 2 : Vésicule droite.
3 : Epididyme droit les deux organes sont réunis par le canal déférent qui fut ici *enlevé en entier*.

Fig. 6 — Vésicules séminales et canaux déférents enlevés par voie coccy-périnéale (Premier malade).

29 septembre. — Les plaies inguinales et périnéales cicatrisent normalement, On retire le drain qu'on avait progressivement diminué les jours précédents.

25. sept. — On retire la sonde à demeure. Il persiste encore un trajet fistuleux à la place du drain. L'urine ne passe pas par là pendant les mictions. Le malade se lève un peu,

28 sept. — Par le trajet fistuleux on constate le passage de l'urine pendant les mictions. On remet la sonde à demeure.

8 oct. 1911 -- On retire la sonde à demeure. Le trajet fistuleux persiste, mais l'urine ne passe pas par là.

14 oct. -- La fistule persiste, très petite. Pas de passage de l'urine par son trajet. La plaie inguinale est complètement cicatrisée. Le malade sort de l'hopital.

Nous revoyons le malade au mois de décembre 1911. La fistule urinaire s'est recouverte. Pendant la miction une bonne partie de l'urine passe par le trajet fistuleux. Il ne veut pas rentrer à l'hôpital, car son état général est excellent et il travaille. Nous sommes persuadés qu'il nous serait facile de fermer cette fistule.

OBSERVATION II

Etienne E,. 30 ans, carrier, marié. Entre le 29 mai 1911. Salle Cauvière n° 18. Service du professeur Imbert.

A H. Néant.

A. P. Pas de maladie antérieure. 3 enfants bien portants. Le malade rapporte le début de la maladie au mois de mars dernier et l'attribue à un effort (?). Depuis cette époque le testicule droit a grossi et s'est fistulisé à sa partie antero-externe. Pas d'amaigrissement.

Etat actuel. — Scrotum du côté droit rouge, présentant deux orifices fistuleux à sa partie moyenne et externe, d'où sort un liquide séreux. L'augmentation de volume porte sur l'épiderme qui est dur et douloureux. Cordon volumineux, douloureux ; au toucher rectal on trouve une prostate un peu grosse et douloureuse, La vésicule séminale droite est augmentée de volume.

Rien au poumon.

Opéré le 2 juin 1911. Castration du côté droit. L'épidydime et le testicule sont infiltrés de granulations.

Trois jours après l'opération, les points de suture lâchent et la plaie est largement ouverte.

20 juin 1911. Il s'est formé un noyau épidydimaire du côté gauche.

18 juillet 1911. Il persiste une fistule au niveau de l'orifice inguinal droit. Le testicule gauche a encore augmenté de volume. L'épidydime surtout est très volumineux, dur, bosselé et douloureux à la pression.

Opération (deuxième). On enlève complètement l'épidydime gauche en même temps qu'une portion (environ la moitié) du testicule. Il reste par conséquent à gauche un moignon de testicule qui paraît sain.

Lorsque le docteur Jean Fiolle prend le service de clinique en remplacement de M. le professeur Imbert au mois d'août, l'état du malade était le suivant :

Etat général satisfaisant.

Deux fistules, au niveau de chaque orifice inguinal, suppurant en assez grande abondance. Au toucher rectal on trouve une prostate grosse, bosselée, douloureuse. Les vésicules séminales sont énormes, indurées par endroits, ramollies dans d'autres.

Double vésiculectomie et prostatectomie par voie coccy-périnéale (3me intervention).

Opération le 5 septembre 1911.

Malade purgé la veille, lavement le matin. Position latérale droite. Incision coccy-périnéale.

Le rectum ne se laisse décoller que très difficilement, surtout

en avant : il y a des adhérences très fortes avec la vessie, les vésicules et la prostate ; la séparation poursuivie avec patience au doigt, entraîne une *hémorragie assez forte*, dont on a raison par simple forcipressure.

Enfin, la paroi antérieure est libérée ; on sent une masse dure ; c'est la prostate, très grosse, et la vésicule gauche confondue avec l'ampoule déférentielle. On incise sur la face postérieure la capsule ; la vésicule apparaît. Dissection pénible, à cause des adhérences. On la prend avec une pince en cœur. Section à la partie inférieure, à l'entrée dans la prostate un peu de pus s'écoule. Dissection du déférent, qui se rompt, mais peut être repris et poursuivi jusqu'en haut.

A droite, on n'incise pas la capsule ; le rectum bien récliné à droite, on pénètre dans la loge par l'ouverture pratiquée à gauche ; la vésicule est énorme ; on dégage davantage le rectum, alors la masse apparaît ; on la dissèque peu à peu avec l'index gauche ; on la saisit avec une pince en cœur, et on l'attire peu à peu ; du pus tuberculeux sourd par un orifice qu'on obture avec une pince. Quelques tractus fibreux sont coupés. Le déférent est disséqué très haut.

La prostate, infiltrée du caséum, est enlevée en grande partie, aux ciseaux d'abord, puis à la curette.

On touche les parties profondes souillées par le pus avec du chlorure de zinc.

Gros drain mousse au fond de la plaie, 3 mèches de gaze très profondes, suture au catgut des muscles, suture de la peau aux crins, sonde à demeure, 4 jours.

Curettage des fongosités du testicule gauche, que M. Imbert avait laissé. Chlorure de zinc. Durée : 1 h. 1/4.

Pièces : A gauche : vésicule et déférent avec un peu de prostate. Vésicule de la grosseur d'une noix, infiltrée de pus.

A droite : vésicule et déférent fusionnés (vol. plus considérable) bosselures pus.

A : Vésicule gauche. B : Vésicule droite.

FIG. 5. — *Vésicules séminales et canaux déférents enlevés par voie coccy-périnéale.*

Suites : Extrait thébaïque.

Aucun shock. Pas de douleurs. Urines claires par la vessie. Gaz par l'anus.

Un peu d'hémorragie qui nécessite un pansement serré. Etat général excellent.

La sonde à demeure est enlevée au bout de 3 jours, les gazes retirées le 2e jour, et le drain progressivement raccourci à partir du 4e. Purgation au bout d'une semaine, puis de nouveau constipation. Le malade se lève un peu le 13e jour.

Le 16 novembre, M. le professeur Imbert intervient de nouveau parce qu'il persiste une fistule du côté de la région inguinale gauche et une fistule de la région coccygienne.

Du côté droit la fistule est presque entièrement fermée. Il pratique l'ablation de tout ce qui reste du testicule gauche. On

exerce de fortes tractions sur le canal déférent, qui ne vient pas. On le sectionne le plus haut possible après avoir débridé la paroi au niveau du canal inguinal.

25 décembre. Actuellement il persiste encore une fistule au niveau du canal inguinal gauche et une autre dans la région coccygienne, à la place occupée par le drain. Le malade conserve un long segment du canal déférent atteint de lésions tuberculeuses. Pendant la dernière intervention on avait constaté qu'il était rempli de pus.

Etat général bon. Cependant le malade dit qu'à la suite de sa castration totale il a constaté une diminution de vigueur. Il n'existe aucun trouble urinaire. De cette observation nous pouvons tirer, à notre avis, la conclusion suivante : dans la tuberculose génitale il faut recourir d'emblée à des opérations larges.

CONCLUSIONS

1° La vaso-vésiculectomie est une opération qui trouve souvent des indications, notamment dans la tuberculose génitale.

2° De tous les procédés de vaso-vésiculectomie la méthode par la voie coccy-périnéale nous semble être la meilleure parce que :

a) Elle donne un accès facile sur les vésicules ;

b) L'ablation des vésicules et des canaux déférents, se faisant sous le contrôle de la vue, on est assuré d'une extirpation complète et totale, condition indispensable pour obtenir de bons résultats, surtout lorsque l'opération s'adresse à une tuberculose génitale.

Vu : Le Président de Thèse :

QUÉNU.

Vu ; le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.